

QUESTIONNAIRE HABITUDES D'HYGIÈNE

- 1** Aimez-vous la couleur de vos dents ainsi que la forme de vos dents?
Couleur: Oui Non Forme: Oui Non
- 2** Avez-vous souvent l'impression d'avoir mauvaise haleine (halitose) et /ou de manquer de salive?
Mauvaise haleine: Oui Non
Manque de salive: Oui Non
- 3** À quelle fréquence brossez-vous vos dents?
_____ x Jour Semaine Mois
- 4** À quelle fréquence passez-vous la soie / brossette / porte-soie?
_____ x Jour Semaine Mois
- 5** Quel dentifrice utilisez-vous et pourquoi? _____
Coût Goût Allergies Antitartre Autre
- 6** Si vous avez des dents absentes, avez-vous déjà pensé à les faire remplacer?
Oui Non
- 7** Avez-vous des problèmes de mâchoires (ATM)?
Oui Non
- 8** À quelle fréquence buvez-vous des boissons / jus / eau gazéifiée?
_____ x Jour Semaine Mois
- 9** Prenez-vous souvent des collations?
Oui Non De quel type? _____